

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Education :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation	: contact@mupras.com
Prise en charge	: pec@mupras.com
adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	JAA'DANE Mohamed	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : 1325		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : 0663 60 90 04		Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / ..... / .....

## SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

## SOINS DENTAIRES

DENTS TRAITÉES	Nature des soins	Coefficient
DROITE : 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 GAUCHE : 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 HAUT : 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 BAS : 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43	9 5 11 10 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22	16

## Coefficient des

## Montant des soins

## Début d'exécution

## Fin d'exécution

## Coefficient des travaux

## Montant des soins

## Date du devis

## Fin de

O.D.F.  
Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire	
DROITE : 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 GAUCHE : 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 HAUT : 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 BAS : 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43	H
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM : .....

Mme .....

## DECLARATION N°

W18-375349

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

**Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois**

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



**MUTRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

W18-375349

DATE DE DEPOT  
...../201...

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 1325

Nom & Prénom JAAANE Med

Fonction Retraité Phones 0663609004

Mail .....

## MEDECIN

Prénom du patient Mohammed

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Nature de la maladie Date 1ère visite .....

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances .....

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

## PHARMACIE

Date
Montant de la facture .....

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date : .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : .....

Nombre

AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

**Dr. Salah Eddine BIROUK**  
Chirurgien Dentiste  
Diplômé de l'Université de MONASTIR

صلاح الدين بيروك  
طبيب جراحي للأسنان  
خريج كلية طب الأسنان بالمنصورة

Oujda, le 20/01/19

IF 10100258

I CE: 001680670000062

CNSS : 6259726

03 OCT 2018

BIR  
SALAH EDDINE BIROUK  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Bd Zerkouni Imb Essaada Bloc A2 étage N°5 - Oujda / Tél: 05 36 70 75 74

## Attestation de paiement

### facture N°158/19

Je soussigné DR Birouk salah Eddine , certifie avoir reçu la somme de 150 dirhams , comme honoraires de soins dentaire.

De la part de Mr jaadan Mohammed.